Beitrag zur Differentialdiagnose
der

Tumoren in der Leistengegend.

INAUGURAL-DISSERTATION,
WELCHE
ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE
IN DER
MEDICIN UND CHIRURGIE
MIT ZUSTIMMUNG
DER MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN
am 8. October 1887
NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN
ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD
DER VERFASSER

Ernst Gebert
aus Berlin.

OPPONENTEN:
Hr. Dr. Paul Markuse, prakt. Arzt.
- Dr. med. Curt Pariser.
- Dr. med. Max Leichtentritt.

BERLIN.
Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).
Linienstr. 158.



Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Eine Region des menschlichen Körpers, die besonders zu Tumoren disponiert ist, ist die Regio inguinalis. Hier findet man die zahlreichsten und dabei verschiedensten Tumoren, die häufig als Symptom einer anderweitigen Erkrankung des Körpers uns einen Schluss auf letztere ziehen lassen — unter Tumoren jede pathologische Anschwellung verstanden.

Diese Verallgemeinerung des Wortes Tumor vorausgesetzt, lässt sich unterscheiden zwischen eigentlichen Tumoren, d. h. solchen, die aus den anatomischen Elementen dieser Region entstanden sind, und uneigentlichen, d. h. solchen, die von verlagerten Eingeweiden gebildet werden oder Erzeugnisse mehr oder weniger weit entfernt liegender Organe sind und durch Wanderung hierher gekommen sind. Zu den ersteren gehören die so häufig vorkommenden entzündlichen Lymphdrüsenschwellungen, die nach Reizung irgend einer Stelle der zugehörigen Lymphbahnen entstehen: Bubones inguinales. Sie können ganz verschiedenen Sitz haben und lassen so schon aus ihrem Sitz einen Schluss ziehen auf den Sitz der peripheren Erkran-

kung. Denn während ein Lymphdrüsentumor unterhalb des Ligamentum Poupartii mehr zur Aussenseite hin auf eine Affection am Beine schliessen lässt, weist uns eine geschwollene Drüse, die mehr medianwärts liegt, sofort auf eine Erkrankung der Harnröhre, sei es Tripper oder Schanker, deren differentielle Diagnose dann wieder leicht durch Untersuchung des Ausflusses auf Gonokokken zu stellen ist; und finden wir hingegen eine Lymphadenitis median oberhalb des Poupart'schen Bandes in der Nähe des Samenstranges, so ist uns dies ein deutlicher Fingerzeig, dass es sich um eine Erkrankung des Genitalapparates handelt. Zur Diagnose ist zu beachten, dass sie gewöhnlich Ei-Form und eine zur Leistenfalte parallele Längsaxe haben; ferner sind sie fest, starr, nicht elastisch, manchmal sehr hart, dabei glatt, doch auch uneben, und wenn sie oberflächlich liegen, sehr beweglich auf der Unterlage; handelt es sich jedoch um die tieferen Lymphdrüsen, so sind sie unbeweglich und zuweilen schwer zu unterscheiden von Netzhernien und zwar von solchen, die durch längeres Bestehen eine Entzündung angeregt haben und dadurch hart und mit der Nachbarschaft verwachsen sind. Das für letztere charakteristische Merkmal eines Stranges, der sich von der Geschwulst in die Bauchhöhle hinein verfolgen lässt, ist in diesem Falle häufig nicht zu verwerten, denn häufig schliesst sich an die Schwellung der Drüsen eine Entzündung der grösseren tiefen

Lymphgefässe, die den Tumor in der Tiefe fixieren und so einen Strang vortäuschen können.

Gosselin sagt darüber in seinem Artikel „Hernies crurales“ im Dictionnaire de Jaccoud: „Le seul moyen est d'attendre en traitant le malade comme s'il s'agissait d'une épiplocèle retenue à l'extérieur par des adhérences molles qui peuvent se résorber sous l'influence du repos et d'une compression modérée. Si après quelques jours ou quelques semaines de traitement, la tumeur rentre, puis sort de nouveau, pour rentrer encore à la manière d'une hernie reductible, aucun doute ne reste.“

So erwähnt Barbet einen Fall, in dem der Sitz und das Entstehen des Tumors, die scheinbare Anwesenheit eines Stranges, das Fehlen jeder tuberkulösen Disposition und Verletzung am Bein oder Genitalien für eine Netzhernie zu sprechen schienen, und in dem es sich doch um eine Lymphadenitis handelte.

Der Pat., 36 Jahre alt, stets gesund, fühlte bei einer starken Anstrengung plötzlich heftigen Schmerz in der linken Leistenbeuge und bemerkte gleichzeitig dort eine Geschwulst, die er nicht zurückbringen konnte, und die in den folgenden Tagen stark wuchs und ihm heftige Schmerzen verursachte. Er legte auf Anraten eines Arztes ein Bruchband an. Bei der Aufnahme Allgemeinbefinden gut, kein Fieber. An der inneren linken Leistengegend ein wallnussgrosser, runder, nicht gelappter Tumor, überall hart, irrepo-

nibel, sehr schmerzhaft, zeigt keine Veränderungen beim Husten, scheint durch einen Strang mit der Tiefe zusammenzuhängen, auf der Unterlage nicht verschieblich. Haut über demselben normal. Nach aussen vom Tumor einige kleine Lymphdrüsen, ebenso rechts am Bein und den Geschlechtsteilen nichts Abnormes zu finden. Unter Ruhe und Einreibung mit grauer Salbe schwand der Schmerz in kurzer Zeit, und der Tumor ging auf die Grösse einer gewöhnlichen Lymphdrüse zurück, ohne jemals zu recidivieren.

Die zweite Art von Tumoren, die in der Regio inguinalis vorkommt, und zwar von den uneigentlichen, sind die Herniae, crurales sowohl als inguinales, auf deren Unterschied ich hier nicht näher eingehen will.

Die Diagnose auf eine Hernie wird gestellt aus der weichen, elastischen Beschaffenheit, ihrem Sitz, eventuell aus ihrer Reponibilität, eventuell aus den Einklemmungserscheinungen, ferner aus der Vergrösserung resp. Aufblähung derselben beim Husten.

Im Anschluss hieran will ich eine Geschwulst erwähnen, die in Verbindung mit Hernien, und zwar besonders Netzhernien vorkommt: das Lipom. Dasselbe kann innerhalb und ausserhalb des Bruchkanals entstehen; erstere, die im Zellgewebe sich bilden, sind sehr selten, letztere werden als „Fetthernien“ bezeichnet, und sind gebunden an die Existenz von Hernien. Man kann sie einteilen in 2 Kategorieen:

solche, die von dem subperitonealen Fett, das gegenüber dem Schenkelkanal in die Leistenbeuge ausgewandert ist und hier hypertrophiert, gebildet werden, sie bereiten das Herabsteigen einer Hernie vor, Verneuil nennt sie: „lipocèles migrateurs", und solche, die das letzte Stadium einer Schenkelhernie sind, nach Verneuil: „lipocèles herniaires", auch gebildet von dem subperitonealen Fett, das den Hernien vorausgeht, sie bewirken bei ihrem Entstehen das Zurücktreten der Brucheingeweide. Sie haben das Charakteristische, dass sie die innige Verwachsung mit dem leeren Bruchsacke in der Tiefe fühlen lassen, der Bruchsackhals bildet einen Strang analog dem Strange bei den Netzhernien, von denen sie zu unterscheiden deshalb häufig unmöglich ist. Im Anschluss an diese Hernien sei kurz erwähnt die in der Adductorengegend manchmal (besonders bei Kavalleristen) vorkommende Muskelhernie.

Im Anschluss an Hernien bildet sich ferner ein Flüssigkeit enthaltender Tumor. Dies ist die Anhäufung von Flüssigkeit im Bruchsack nach Aufhebung der Verbindung zwischen Bauchhöhle und Bruchsack. Es bildet sich dann eine Cyste, deren Wände die Wände des Bruchsackes sind. Dieselbe bildet sich sowohl bei irreponiblen Netzhernien als nach Reposition des Bruches bei lange leeren Bruchsäcken durch Obliteration des Halses infolge bindegewebiger Retraction. Danach unterscheidet Duplay 2 Arten von Cysten:

„epiplocèles avec hydrocèle“ und
„kystes sacculaires“.

Diese Tumoren haben grosse Ähnlichkeit mit einander. Der Unterschied zwischen beiden beruht darauf, dass man bei den ersten deutlich einen Strang ins Innere gehend fühlt, dass derselbe jedoch bei der zweiten Art fehlt. Im übrigen bieten sie dieselben Eigenschaften dar wie die Epiplocele; sie sind nicht reponibel, die vorhandene Fluctuation ist wegen der starken Spannung häufig nicht zu fühlen. Ihre Diagnose ist deshalb hauptsächlich nach dem Ergebnis der Probepunction und der Anamnese, dass ein Bruch vorhergegangen, zu stellen. Die Probepunction ergiebt meist eine durchscheinende gelbliche Flüssigkeit. Dadurch, dass letztere zuweilen durch eine hinzugekommene Entzündung rein eitrig geworden, erwächst eine neue Schwierigkeit, die die genaue Diagnose zuweilen unmöglich macht. Denn Tumoren mit eitrigem Inhalt giebt es gerade hier noch mehrere und ganz verschiedene: kalte abgekapselte Abscesse von tuberkulösen Lymphdrüsen, Knochenabscesse von einer Caries des Beckens oder einer Affection der Hüfte, und Senkungsabscesse.

Mit den beiden ersten Arten sind die vorhererwähnten Cysten, bei denen die Probepunction eitrigen Inhalt ergiebt, zu verwechseln: beide sind irreponibel, und zu ihrer Differenzierung wird häufig nur die Anamnese einen Hinweis geben. Für einen abge-

kapselten Drüsenabscess wird ausser der hereditären Veranlagung und dem Vorhandensein anderer tuberkulöser Drüsen die freie Beweglichkeit, ferner eine vorhergegangene acute Entzündung sprechen; für einen Schambein- oder Hüftabscess hingegen hat man einigen Anhalt an der Schmerzhaftigkeit der betreffenden Stellen, resp. der beschränkten Beweglichkeit des Oberschenkels. Ein weiterer Punkt, der in schwierigen Fällen wohl auch zur Diagnose zu verwerten wäre, ist der, dass bei den letzteren Tumoren nach einer Punction der Eiter sich schneller reproduciert, als bei den Cysten mit eitrigem Inhalt.

Was nun die eigentlichen Senkungsabscesse betrifft, so ist hier die Diagnose meist nicht schwer.

Wenn schon die kugelige Beschaffenheit des Tumors, die weiche Consistenz, das deutliche Fluctuationsgefühl, das immer zu erhalten ist, wenn man mit einer Hand die Fossa iliaca eindrückt und mit der anderen sich den Tumor von unten entgegenzudrücken sucht, meist die Diagnose sichern, so geschieht dies in noch höherem Grade durch den Nachweis der ursächlichen Momente derselben. Die Senkungsabscesse stammen her von einer Caries der Wirbelsäule oder des Beckens oder von einer Eiterung im retroperitonealen Raum. Sie wandern entsprechend den Bindegewebsspalträumen, welche sich ihrem ursprünglichen Gebiet anschliessen und kommen dann meist in der Gegend der Cruralpforte mehr an die

Oberfläche; die Haut über ihnen bleibt meist verschiebbar.

Die von einer Caries der Wirbelsäule oder des Beckens ausgehenden, sogenannten „Psoas- und Iliacusabscesse“ zeigen eine tiefer gelegene Schwellung, während die retroperitonealen Senkungsabscesse, nach König subseröse Abscesse, hier mehr oberflächlich liegen; sie folgen nämlich der Umschlagstelle des Peritoneums und liegen dann oft schon oberhalb des Lig. Poupartii der Bauchwand an. Ihre Entstehung verdanken sie meist acut entzündlichen Processen, welche sich in der Umgebung von wenigstens zum Teil retroperitoneal gelegenen Organen (Uterus, Coecum, Blase, Vas deferens etc.) entwickeln; besonders sind es acute mit dem Puerperium in Beziehung stehende (parametritische), selten chronische Eiterungen, wie bei den von einer Caries stammenden.

Einen Fall, in dem sich jedoch das Hervortreten eines parametritischen Senkungsabscesses mehrere Jahre hinzog, und der zum Teil deshalb diagnostische Schwierigkeiten bot, hatte ich Gelegenheit, im jüdischen Krankenhause zu beobachten, und will die Krankengeschichte genauer anführen:

Emma G., 35 J., stets gesund, verheiratete sich vor 10 Jahren und gebar 1 Jahr darauf ein lebendes Kind. Wochenbett normal. Vor 6 Jahren zum zweiten Male Gravida. Im 4. Monat der Schwangerschaft Erkrankung an einer fieberhaften Krankheit mit Exan-

them und heftigen Schmerzen im Unterleib. Nach 6 Wochen Fehlgeburt; darauf schnelle Genesung. Erst nach 1 Jahre, also 5 Jahre vor ihrer Aufnahme, bemerkte Pat. zuerst eine Anschwellung am linken Oberschenkel unterhalb des Lig. Poupartii. Ausserordentlich langsames Wachstum der Geschwulst, ja nach Angabe der Pat. zeitweises Verschwinden. Keine Schmerzen. Erst im letzten Jahre schnelleres Wachstum, Aufbrechen, Entleerung einer bedeutenden Quantität Eiter. Vor 4 Wochen Incision. Neues Wachsen der Geschwulst.

Status: Mittelgrosse, ziemlich kräftige Frau. Am linken Oberschenkel unterhalb des Lig. Poupartii befindet sich ein etwa kindskopfgrosser Tumor. Die Haut über demselben ist fast in der ganzen Ausdehnung mit ihm verwachsen, etwas gerötet, zum Teil bläulich verfärbt. Der Tumor scheint mit breiter Basis aufzusitzen auf der unterliegenden Muskulatur, ist aber verschiebbar. An der oberen Grenze des Tumors ist die Haut gespalten, aus dem Spalt quillt eine gelbe Masse, die als Fett imponiert. Durch Druck auf die Oberfläche entleert sich aus dem Spalt etwas Flüssigkeit. Inguinaldrüsen links etwas geschwollen, ziemlich hart.

Bei der Operation, bei der sich nach einem Längsschnitt quer über den Tumor etwa $^1/_2$ Liter einer serös eitrigen mit zahlreichen Bröckeln durchsetzten Flüssigkeit entleert, kann man durch tiefes Eindrücken

der Bauchdecken in der Gegend des linken Parametriums eine rein eitrige Flüssigkeit herausbringen. Die erwähnte gelbe Masse wird exstirpiert, sie hängt zusammen mit der verdickten Gefässscheide. Nach Freilegung der grossen Gefässe kommt man mit dem Finger unterhalb derselben in einen glatten Gang, der ins kleine Becken führt.

In diesem Falle war also die Diagnose ziemlich schwierig, einerseits weil das letzte Puerperium schon mehrere Jahre her war und die Frau auch erst 1 Jahr nach dem letzten, ohne Störung verlaufenen Wochenbett eine Anschwellung bemerkt hatte, andererseits weil die hervorquellende Masse für Fett und somit der Tumor als Netzhernie mit eitrigem Inhalte im Bruchsacke gehalten werden konnte.

Analog der Cyste am Halse kommen auch in dieser Gegend wahre Drüsencysten vor, die gebildet werden durch zurückgehaltene und veränderte Lymphe. Velpeau nennt sie: „collections de sérosité qui semblaient s'être creusé une cavité close sous l'influence d'un travail maladif dans quelques ganglions lymphatiques“.

Diese Cysten entstehen als kleine schmerzlose, bewegliche Tumoren und können zu beträchtlicher Grösse wachsen. Ihr Inhalt besteht aus seröser gelblicher Flüssigkeit, die modificierte Lymphe ist.

Ferner findet man hier wirkliche Hygrome; sie bilden sich zuweilen auf der höchsten Partie der Tu-

moren unter dem Einfluss einer äusseren Schädlichkeit, Reiben, langes Tragen von drückenden Bandagen, und bestehen aus einem serösen Sack, der mit Flüssigkeit gefüllt ist.

Allen diesen Tumoren ist die Irreponibilität gemeinsam. Diagnostisch bieten sie insofern Schwierigkeiten, weil der Unterschied in der Verschiebbarkeit der Haut über ihnen wegen der grossen Spannung der Cyste häufig im Stiche lässt; in diesen Fällen hat man von der Punction, die seröse Flüssigkeit ergiebt, den Nutzen, dass man nach derselben die Oberfläche und die Begrenzung des Tumors besser abfühlen kann.

Ein anderer cystischer Tumor, bei dem die Punction die Diagnose vollständig sichert, ist die Echinococcusblase, die in der Regio inguinalis und Adductorengegend am Oberschenkel sowohl im subcutanen wie im intermusculären Bindengewebe häufig vorkommt. Hier zeigt die gewonnene Punctionflüssigkeit die charakteristischen Häkchen, die die schon aus dem schubweisen Wachstum, das lange Stillstände macht, gestellte Diagnose zur Gewissheit machen.

Auf einen weiteren bei Frauen vorkommenden cystischen Tumor, die Hydrocele ligamenti uteri rotundi will ich hier nur hinweisen und einen Fall, in dem dieselbe sich mit einer Hernie combiniert vorfand, anführen:

Dorothea L., 42 J., stets gesund, seit dem 16. Jahre regelmässig menstruiert, hat 7 Mal geboren, das letzte Mal 4 Jahre vor ihrer Aufnahme ins jüd. Krankenhaus.

Die Gegend des linken Leistenkanals unterhalb des Lig. Poupartii erscheint diffus prominent von einer rundlichen, ca. hühnereigrossen Geschwulst eingenommen; die Haut völlig normal und verschieblich. Geschwulst ist glatt, regelmässig geformt, weich, elastisch, bietet nicht ganz deutliches, aber immerhin als solches zu percipierendes Fluctuationsgefühl dar. Die Geschwulst lässt sich völlig umgreifen und nach der grossen Schamlippe herunterdrängen. Beim Durchsehen mit dem Stethoskop zeigt sie sich leicht, aber nicht sehr exquisit durchscheinend. Beim Husten keine Veränderung wahrnehmbar.

Nach rechts und oben von dieser Geschwulst bläht sich beim Husten eine ca. wallnussgrosse, oberhalb des Lig. Poupartii gelegene Stelle der Bauchwand vor, man fühlt einen weichen, eindrückbaren, nicht fluctuierenden Körper sich in eine deutliche rundliche Öffnung der unter der Haut gelegenen Bauchwand vordrängen. Eine ebenso beschaffene, ca. 3 Mal so grosse, der Stelle des Leistenkanals entsprechende Prominenz befindet sich auf der linken Seite.

Darmfunction normal, ebenso Genitalapparat; kein Fieber.

In diesem Falle boten also die Tumoren so charakteristische Eigenschaften dar, dass die Diagnose sicher zu stellen war. Zuweilen aber ist dies nicht der Fall, besonders wenn die Flüssigkeitsmenge so gross ist, dass durch die Spannung Zerrungen am Bauchfell und Verschwinden des Fluctuationsgefühls zustande kommen; dann gleichen die Erscheinungen denen einer eingeklemmten Hernie, und man kann erst bei der Operation die Entscheidung treffen.

Auch eine eigentliche Neubildung des Ligamentum uteri rotundum kommt an dieser Stelle, wenn auch selten, zum Vorschein: das Fibromyoma lig. rotundi; dasselbe kann cystös, myxomatös und sarkomatös degenerieren.

Dass ferner auch Ovarialtumoren hier zur Erscheinung kommen können, sei nur kurz erwähnt.

Ausser den bereits erwähnten Tumoren bieten die Lymphdrüsen Gelegenheit, noch andere, ihrem Verlauf und besonders ihrer Prognose nach ganz verschiedene Tumoren zu beobachten. Der Prognose nach günstig sind die sogenannten Hyperplasieen der Lymphdrüsen, die man weder als chronische Lymphadenitiden scrophulöser Natur noch als secundäre Drüsenschwellungen bezeichnen kann, hierbei abgesehen selbstverständlich von der Vergrösserung der Drüsen in der Nachbarschaft einer Neubildung, sowie von der symptomatischen Erkrankung derselben.

Die hierhergehörigen Geschwülste zeigen anatomisch den Bau einer hypertrophischen Drüse, jedoch ohne Eiterungs- und Verkäsungsherde, sie sind leicht verschiebbar, schmerzlos, von derber Consistenz, sie wachsen isoliert oft bis zur Grösse eines Hühnereies, allein ihr Wachstum hört plötzlich auf, es erkranken auch keine weiteren Drüsengruppen, und die Geschwülste bleiben stationär, sie vergrössern sich weder, noch gehen sie regressive Metamorphose ein. Nach Exstirpation kehren sie nicht wieder. Ungünstiger in der Prognose sind die Lymphome, welche anatomisch eine Vermehrung der zelligen Teile der Drüsen zeigen, die von Billroth als „idiopathische Hyperplasieen der Drüsen“ bezeichnet wurden. „Ihre Consistenz ist fest elastisch. Längere Zeit bleibt die nierenähnliche Form der Drüsen im grossen und ganzen erhalten, bis endlich auch diese sich während des Wachstums verliert und die nahe gelegenen Drüsengeschwülste mit einander zu einem lappigen Geschwulstconglomerate verwachsen“. Oft treten sie multipel auf, doch kann es auch in diesem Falle noch zu einem Stillstande der Krankheit kommen.

Eine ungünstige Prognose hingegen bieten die anderen Lymphdrüsengeschwülste: die malignen Lymphome und die Lymphosarkome. Die ersteren sind nur eine Vergrösserung der eben erwähnten Lymphome; sie bleiben auf das Gebiet der Drüse beschränkt und durchbrechen nicht die Kapsel derselben. „Die zu-

erst ergriffene Drüse wächst zu einem aus mehreren Knollen bestehenden, beweglichen Tumor heran, der anfangs ganz schmerzlos ist. Nun beginnt die Wucherung in einer nächstgelegenen Gruppe, auch hier bilden sich rundliche Geschwülste, dann folgen wieder andere Drüsen u. s. w."

Die Lymphosarkome, die bösartigsten von allen, sind dadurch charakterisiert, dass sie sich nicht auf das Gebiet der Drüsen beschränken, sondern nach Durchbrechung der Kapsel die Umgebung ergreifen. Hierdurch führen sie nicht selten zur Ulceration der Haut; auch kommt es zu Metastasen in Milz und Lungen.

Somit ist also die Diagnose auf diese malignen Lymphdrüsentumoren hauptsächlich aus der Multiplicität derselben zu stellen, die differentielle Diagnose zwischen den beiden letzteren daraus, dass die Lymphosarkome die Umgebung mitergreifen, die malignen Lymphome jedoch auf die Drüse beschränkt bleiben.

Einen typischen Fall von Lymphosarkom will ich hier anführen:

Julius L., 51 J., stammt aus gesunder Familie, Muskulatur gering, Knochenbau kräftig. Unmittelbar unterhalb des rechten Lig. Poupartii zeigt sich eine faustgrosse, unbewegliche Drüse, ferner eine solche nicht scharf abgrenzbar gegen die Umgebung oberhalb des Poupart'schen Bandes. Auf dem Proc. xiphoideus sitzt eine ca. fünfmarkstückgrosse elastische

Geschwulst, ebenso zeigt sich eine solche unmittelbar unter der Mamilla. Endlich findet sich noch an der Halsseite unter dem M. levator scapulae eine kleinapfelgrosse Geschwulst, die den Kopf nach links übergeneigt stellt. Herz und Leber nach oben gedrängt. Milz nicht vergrössert. Exitus letalis 8 Tage nach der Aufnahme. Die Section ergiebt mehrere faustgrosse blutreiche Sarkome in der Inguinalgegend; an der hinteren Fläche des Sternum und im 4. Intercostalraum ein hühnereigrosses Sarkom. Ebenso im Magen und in der Leber Sarkomknoten.

Zuweilen jedoch kommen die Lymphosarkome schon früh zur Beobachtung, wenn erst eine oder zwei Lymphdrüsen ergriffen sind, alsdann ist ihre Diagnose schwieriger, sie bieten aber Aussicht, durch eine möglichst radicale Operation den vorher geschilderten schlimmen Ausgang hintanzuhalten.

Ein solcher Fall, in dem es sich um ein Lymphosarkom der kleinen die Gefässscheide umgebenden Drüsen handelte, kam vor kurzem im jüdischen Krankenhause zur Beobachtung:

A., 42 J., bemerkte vor ca. 16 Jahren in der rechten Lendengegend einen erbsengrossen, von der Haut bedeckten Knoten, der allmählich bis vor 1 Jahre zu Kindskopfgrösse anwuchs. Keine Schmerzen. Im August v. J. wurde die Geschwulst entfernt. Als die Wunde eben verheilt war, bemerkte Patient in der rechten Hüftbeuge ein linsengrosses Knötchen, das

ebenfalls ohne Schmerzen schnell wuchs. Bei seiner Aufnahme zeigt sich in der Gegend der Spina ant. sup. ossis ilei eine verschiebbare bohnengrosse Lymphdrüse. Im mittleren Drittel des Lig. Poupartii findet sich ein länglich ovaler harter Tumor, bis zu einem gewissen Grade verschieblich, mitten auf ihm sitzt mit breiter Basis eine kleine apfelgrosse Geschwulst auf, die über dem Niveau der Haut sich befindet und auf ihrer Höhe ulceriert ist: auf Druck entleert sich aus derselben mit Blut gemengt dicker Eiter.

Hier war also die Diagnose aus der Härte der Geschwulst, aus ihrem schnellen Wachstum, der Neigung zu recidivieren, und der Eigenschaft die sie bedeckende Haut zu zerstören, zu stellen. Hat jedoch die Geschwulst das letztere noch nicht gethan, so kann es sehr schwer sein eine entscheidende Diagnose zu stellen und Billroth sagt deshalb mit vollem Recht, „dass man es einer Lymphdrüsengeschwulst von vornherein gar niemals ansehen kann, was aus ihr wird“.

Weiter bilden sich in den Lymphdrüsen der Inguinalgegend secundär Tumoren nach malignen Tumoren in der Bauchhöhle, sei es, dass der Uterus oder der Darm Sitz derselben ist, und bieten so ein wichtiges Symptom für die Unterstützung der Diagnose auf maligne Geschwülste dieser Organe dar. In diesen Fällen richtet sich natürlich die Grösse des Tumors nach der Anzahl der ergriffenen Lymphdrüsen,

d. h. nach dem Fortschritte, den der Process bereits gemacht.

Jede Lymphdrüsengeschwulst der Regio inguinalis, für die man keine andere Ursache finden kann, giebt also die Verpflichtung, eine genaue Untersuchung des Abdomens anzustellen, und wird dann häufig einen malignen Tumor der Abdominalorgane finden lassen.

Nächst den Lymphdrüsen sind hier die Gefäss- und Nervenscheiden besonders zu malignen Tumoren disponiert.

Zu den sogenannten Gefässscheidentumoren werden nach v. Langenbeck auch solche Tumoren, deren Mutterboden nicht bloss die Gefässscheide ist, gerechnet, sondern sie können sich auch in der Gefässwand entwickeln und auf die Scheide übergreifen, sie können primär in der fibrösen Scheide der grossen Gefässe entstehen, sie können aber auch ausserhalb dieser Teile entstehen und dieselben secundär in Mitleidenschaft ziehen. Nach Regnault gehören zu den ersteren die seltenen Fälle von Carcinom, Myom, Sarkom der Gefässwand; zu der zweiten Art, den primären Geschwülsten der Gefässscheide, die Carcinome und Sarkome derselben; zu der dritten Form besonders die Geschwülste, die von den kleinen Lymphdrüsen um die Gefässe ausgehen und auf die Gefässe übergehen, vornehmlich Sarkome.

Behufs der Stellung der Diagnose der eigentlichen Gefässscheidentumoren, die entschieden häufiger

sind, giebt Regnault folgende Anhaltspunkte: „Sie präsentieren sich meist als ovoide, dem Verlauf der grossen Gefässe entsprechende Tumoren. Ihre Beweglichkeit ist eine sehr verschiedene. Liegt der Tumor, wie besonders am Oberschenkel, unterhalb der Fascie, so ist seine Oberfläche eine mehr abgeflachte und die Beweglichkeit eine beschränktere; hat er aber die Fascie durchbrochen, so liegt er meist frei und beweglich auf derselben. Wo die Bedeckung durch eine derbere Fascie fehlt, ist auch die Oberfläche des Tumors eine mehr höckerige und unebene. Eine bedeutende Erleichterung der Diagnose bieten Fortsätze der Geschwulst, welche an den Gefässen entlang zu fühlen sind. Auch das Lageverhältnis der Gefässe zur Geschwulst bietet einen gewissen Anhaltepunkt zur Diagnose. In fast keinem Falle ist eine Lageveränderung der Gefässe zu erkennen, in vielen Fällen kann man ober- und unterhalb der Geschwulst Pulsation fühlen. Wenn diese Tumoren ausserhalb der Gefässscheide entstehen, so müssen sie in vielen Fällen eine Verdrängung der Gefässe erzeugen. Von besonderem Werte sind die Erscheinungen im Blutkreislaufe. Vermöge ihrer hohen Elasticität scheint die Arterie ihr Lumen gegen Druck von der einen oder der anderen Seite lange aufrecht zu erhalten, dann kommt es zur Ungleichheit im Pulse peripher liegender Arterien, so dass erst sehr spät ein Geräuch in derselben entsteht. Die Vene

wird in den meisten Fällen ziemlich verengt, manchmal auch völlig durch Thromben obliteriert. Dadurch kommt es dann zu Stauungen und schliesslich zu Gangrän."

Auf die Verwechselung dieser Tumoren mit Aneurysmen will ich nur hinweisen und hervorheben, „dass die Aneurysmen meist nach Traumen entstehen; sie breiten sich unter der Fascie aus, können rasch wachsen, haben ziemlich feste Consistenz und brauchen nicht immer die Erscheinungen eines Geräusches darzubieten, indem sie aus festen coagulierten Blutmassen bestehen. Es kann hier die Diagnose geradezu unentschieden bleiben."

Einen Fall aus der Regnault'schen Arbeit, der v. Mosetig in der Wiener med. Wochenschrift mitgeteilt, will ich hier noch anführen:

Patient 36 J. alt. Eine in einem Jahre zu Apfelgrösse herangewachsene Geschwulst. In den letzten 3 Monaten sehr rasch gewachsen. Nie Schmerzen, zeitweises Ödem der Extremität. 1,5 cm unter dem Poupart'schen Bande eine birnförmige Geschwulst mit dem dicken Ende nach oben. Oberfläche glatt. Consistenz hart. Tumor unbeweglich. Am unteren dünneren Ende mitgeteilte Pulsation — keine Geräusche. Nach innen zwei verschiebbare bohnengrosse Lymphdrüsen. Geschwulst wurde nebst einem 1 Pfennig grossen Stück der alterierten Gefässscheide, wodurch die Vena femoralis bloss lag, exstirpiert. Exstirpation

der Lymphdrüsen. Nach 1 Jahr trat Recidiv auf. Geschwulst stärker mit der Gefässscheide verwachsen. Arterie und Vene wurden von der Gefässscheide befreit — erstere nach aussen, letztere nach innen gehalten. Auch die Zwischenwand der Scheide war ergriffen. Die Geschwulst wird in der Tiefe der Wunde losgelöst und samt der Gefässscheide entfernt. Patient geheilt entlassen. Als Diagnose: Cancer melanodes von der Scheide der Cruralgefässe ausgegangen, angegeben.

Ein Fall von Gefässscheidensarkom, in dem leider in der Krankengeschichte über das Lageverhältnis der Gefässe nichts Näheres angegeben ist, kam vor 2 Jahren im jüd. Krankenhause zur Beobachtung:

Kl., 18 J., kyphoskoliotisch, bemerkte im Januar 1885 eine etwa wallnussgrosse Geschwulst an der Innenseite des Oberschenkels direct unter der Leistenbeuge. Die Geschwulst wuchs, ohne Schmerzen zu verursachen, bis zur Aufnahme im August desselben Jahres zu Kleinkindskopfgrösse. Consistenz prall elastisch. Haut leicht verschiebbar. Tumor gegen die Umgebung nicht scharf abgrenzbar, auf und auch mit seiner Unterlage, was mit Sicherheit jedoch nicht zu entscheiden ist, leicht verschiebbar. Lymphdrüsen wallnussgross. Probepunction ergiebt bald serös blutige, bald hämorrhagische Flüssigkeit.

Bei der Operation zeigt sich der Tumor so innig mit der Umgebung und den Gefässen verwachsen, dass

zur Exarticulation des Beines geschritten werden muss.

Was die Nervenscheidengeschwülste betrifft, die auch meist Sarkome sind, so kommen sie zwar häufiger als in der Inguinal-, in der Glutäalgegend vor, doch trifft man dieselben auch hier in ganz bedeutender Grösse an. Sie unterscheiden sich von den Gefässscheidengeschwülsten durch ihren Sitz, der mehr lateral ist, und durch das frühe Auftreten von Circulationsstörungen, indem sie bei ihrem Wachstum die Gefässe bei Seite drängen und comprimieren, und ferner durch die heftigen Schmerzen, die sie verursachen.

In Bezug auf ihre Oberfläche und Beweglichkeit gilt allerdings dasselbe wie von den Geschwülsten der Gefässscheide.

Auf die Häufigkeit der parostalen Orteosarkome in der Regio inguinalis hat Lücke besonders aufmerksam gemacht. Sie zeichnen sich besonders durch ihren Sitz in der Tiefe und die dadurch bedingte Unbeweglichkeit auf der Unterlage aus, ferner verdrängen sie bei ihrem Wachstum sämtliche Weichteile.

Häufig findet man auch in der Leistengegend Tumoren, die von den Beckenwandungen oder dem mehr distalen Teil des Femur ausgehen und nur durch hierhergerichtetes Wachstum hier besonders erscheinen und als Tumoren dieser Gegend imponieren

können. Diese Fälle gehören dann natürlich nicht zu den Tumoren der Inguinalgegend.

Dass in der Inguinalgegend ausserdem Lipome, Fibrome, Sarkome der Haut, der Fascien und der Muskeln vorkommen, die in Bezug auf Häufigkeit der Erscheinungen nichts Anderes darbieten wie an den übrigen Stellen des Körpers, ist selbstverständlich.

Es sei mir noch gestattet, einer angenehmen Pflicht Genüge zu thun und Hrn. Prof. Dr. Sonnenburg für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit, sowie Hrn. Dr. Feilchenfeld, bisher Assistenzarzt am jüd. Krankenhause, der mir in der liebenswürdigsten Weise seinen Rat geliehen, meinen aufrichtigsten und ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Gosselin, Hernies crurales, Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques.

Barbet, Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine. Thèse de Paris 1886.

Verneuil, Aine. Dictionnaire encyclopédique.

Duplay, Traité de pathologie externe.

König, Lehrbuch der speciellen Chirurgie Band II und III.

Schröder, Handbuch der weiblichen Geschlechtsorgane.

Billroth, Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.

v. Langenbeck, Zur chirurgischen Pathologie der Venen. Arch. f. klin. Chir. I.

Regnault, Die malignen Tumoren der Gefässscheide. Arch. f. klin. Chir. XXXV.

Lücke, Die allgemeine chirurgische Diagnostik der Geschwülste. Volkmann's Samml. kl. Vorträge 97.

Thesen.

I.

Bei verschleppter Querlage und engem Becken ist der Kaiserschnitt vorzunehmen.

II.

Die Behandlung des Typhus mit kalten Bädern ist jeder anderen antipyretischen Behandlung vorzuziehen.

III.

Die Excision der Primär-Induration ist, so lange noch keine Allgemein-Erscheinungen der Syphilis sich zeigen, stets vorzunehmen.

Lebenslauf.

Verfasser, Ernst Gebert, mosaischer Confession, geboren am 24. September 1864 zu Berlin, erhielt seine Schulbildung auf dem Sophien-Gymnasium zu Berlin, welches er am 15. März 1883 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 14. April desselben Jahres wurde er bei der medicinischen Facultät der Universität Berlin inscribiert, der er während seiner ganzen Studienzeit angehörte. Am 14. Februar 1885 bestand er das Tentamen physicum, am 7. Mai 1887 das Tentamen medicum und am 10. Mai 1887 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken, Kurse folgender Herren:

A. Baginsky, B. Baginsky, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Christiani, Ehrlich, Falk, Fasbender, Gerhardt, Gusserow, Guttmann, Hartmann, Hofmann, Kossel, Koch, Landau, L. Lewin, Leyden, Lewinski, Liebreich, Martin, Mendel, Rabl-Rückhard, Schröder (†), Schulz, Schweigger, Senator, Virchow, Waldeyer, Winter, M. Wolff, Zülzer.

Allen diesen seinen verehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.



